

## ZABURZENIA ODŻYWIANIA WYSTĘPUJĄCE U DZIECI I MŁODZIEŻY

**Zaburzenia odżywiania** (ED – *eating disorders*) to termin stosowany w odniesieniu do jednostek chorobowych, które są związane z nieprawidłowym przyjmowaniem pokarmów i które mają podłoże psychiczne. Wyróżnia się dwie grupy takich zaburzeń: zaburzenia specyficzne (*anorexia nervosa*, bulimoreksja, *bulimia nervosa*) oraz zaburzenia niespecyficzne (zespół jedzenia nocnego, zespół objadania się, otyłość) (Rajewski, Rajewska-Rager, 2009).

Zaburzenia odżywiania stanowią bardzo złożony problem ze względu na to, że nie mają wyłącznie wymiaru medycznego (klinicznego), ale również wymiar psychospołeczny i kulturowy (Plezia, Jastrzębska, 2007). Są to choroby szkodliwe dla zdrowia osób na nie cierpiących, ponieważ powodują liczne zmiany somatyczne, które mogą nawet zagrażać życiu. Wpływają one ponadto negatywnie na sferę psychiczną człowieka oraz na sposób jego funkcjonowania w społeczeństwie. Osoby z zaburzeniami odżywiania dość często cierpią na depresję i podejmują autodestrukcyjne zachowania. W konsekwencji niezbędna jest fachowa pomoc zespołu specjalistów, takich jak: lekarz internista, psychiatra, psycholog czy też dietetyk (Latański i in., 2004).

Niniejszy rozdział poświęcony jest specyficznym zaburzeniom odżywiania, a konkretnie dwóm jednostkom chorobowym: anoreksji psychicznej oraz bulimii psychicznej. Choroby te stają się najczęściej problemem nastolatków, a więc osób bardzo młodych, będących w fazie intensywnego rozwoju zarówno fizycznego, jak i psychicznego. W konsekwencji powstają zmiany, które nie raz determinują w znacznym stopniu ich dorosłe życie (Płaczek, 2007).

Zaburzenia odżywiania stanowią już od kilkadziesiąt lat bardzo poważny problem medyczny, a także społeczny (Jabłow, 2003). Schorzeniem o największym zasięgu jest otyłość, ale coraz większy niepokój budzą także zaburzenia łaknienia, na przykład anoreksja, ze względu na wzrost rozpowszechnienia (Śmiarowska i in., 2006). Istnieje wiele czynników wpływających na powstanie i rozwój zaburzeń odżywiania, które można podzielić na trzy grupy. Pierwszą grupę stanowią **czynniki predysponujące**, występujące jeszcze przed pojawieniem się choroby. Grupę tę obejmują uwarunkowania biologiczne, cechy osobowościowe, takie jak podatność na silne przeżywanie emocji, niezadowolenie z życia, które są związane z zaburzeniami funkcjonowania rodzinnego,

zaburzeniami w relacjach z rówieśnikami oraz uwarunkowaniami kulturowo-społecznymi. Druga grupa to **czynniki wyzwalające**, do których zalicza się: identyfikowanie z osobami odchudzającymi się, krytyczne uwagi rówieśników na temat swojego wyglądu i wagi ciała, ważne doświadczenia życiowe. Trzecia grupa obejmuje tzw. **czynniki podtrzymujące chorobę**, które mają znaczenie, gdy wystąpią objawy zaburzeń. Do tej grupy zaliczamy: dolegliwości różnych układów pojawiające się w przebiegu anoreksji i bulimii, poczucie satysfakcji z kontroli nad jedzeniem i odczuwaniem głodu (Zgorzalewicz-Stachowiak, Peretiatkowicz, Bartkowiak, 2011).

**Uwarunkowania społeczno-kulturowe** zaburzeń odżywiania dotyczą między innymi zachowań związanych z jedzeniem, zmianą tempa życia oraz promowaniem szczupłej sylwetki i połączonym z nimi sposobem postrzegania kobiecości (Rajewski, Rajewska-Rager, 2009). Znakiem naszych czasów stały się powiązane z tym różnorodne i sprzeczne oczekiwania towarzyszące współczesnemu człowiekowi, będące źródłem wewnętrznych konfliktów. Z jednej strony reklamy zachęcają do kupowania i spożywania coraz to nowszych produktów, a z drugiej – promowana jest szczupłość, a więc samokontrola nad ilością spożywanego pokarmu. Może to oznaczać rezygnację z niektórych, na przykład niezdrowych, produktów lub też może przyjąć postać choroby, takiej jak anoreksja czy bulimia (Kędra, 2011). Szczupłość, kojarzona z kontrolowaniem jedzenia, stała się wyznacznikiem atrakcyjności, perfekcjonizmu, silnej woli oraz oznaką bycia kobietą sukcesu. Obecnie na kobietę patrzy się przede wszystkim przez pryzmat jej wyglądu (Pilecki, Józefik, Sałapa, 2012).

Kultura oddziałuje na jednostkę przez media, rodzinę oraz grupę rówieśniczą, i wszystkie te kanały odgrywają rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania (Rodgers, Chabrol, 2009). Media propagują nadmierną dbałość o sylwetkę. Przekłada się ona na występowanie rozmaitych diet odchudzających, pojawienie się mody na ćwiczenia modelujące sylwetkę oraz uczęszczanie na siłownię czy do klubów fitness. Kult szczupłości sprawia, że coraz więcej osób ma obsesję na punkcie swojej wagi i wyglądu (Kędra, 2011). Aby sprostać oczekiwaniom, osoby takie podejmują się zachowań kompensacyjnych, takich jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i moczopędnych, stosowanie lewatyw, uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych, stosowanie głodówki.

Zaburzenia odżywiania stają się także odrębnym elementem kultury masowej. W internecie można zetknąć się na przykład z ruchem pro-ana czy też pro-mia. Pro-ana promuje anoreksję jako styl życia, a nie zaburzenie psychiczne, a pro-mia promuje bulimię jako sposób na efektywne odchudzanie się (Lipczyńska, 2007).

**Rodzinny kontekst** zaburzeń odżywiania odnosi się do nieprawidłowego jej funkcjonowania. Rozwojowi zaburzeń sprzyjają nieprawidłowe relacje mię-

W ramach projektu badawczego „Socjokulturowe, rodzinne i indywidualne czynniki ryzyka anoreksji i bulimii psychicznej” przeprowadzono badanie, którego celem była ocena występowania różnych kulturowych uwarunkowań związanych z zaburzeniami odżywiania. Uwarunkowania te analizowano wśród pacjentek leczonych z powodu anoreksji restrykcyjnej, anoreksji żarłoczno-wydalającej, bulimii w porównaniu z pacjentkami ze zdiagnozowaną depresją oraz dziewczętami zdrowymi. W analizach statystycznych wykorzystano dane pacjentek leczonych w Poradni Przyklinicznej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz uczennic krakowskich szkół. Wyodrębniono sześć skal kwestionariusza, w oparciu o które analizowano kulturowy kontekst zaburzeń odżywiania. Kobiety cierpiące na anoreksję żarłoczno-wydalającą oraz bulimię przypisywały większe znaczenie ideałowi chudości niż kobiety z pozostałych grup. Kobiety cierpiące na bulimię były bardziej podatne na presję wywierane przez media i opinie innych osób. W ich przypadku większe znaczenie miały aspekty środowiskowe oraz pokoleniowe w porównaniu ze zdrowymi dziewczętami i kobietami cierpiącymi na depresję. Zdrowe dziewczęta oceniły, że ich rodzice przywiązywali większą wagę do wyglądu niż pacjentki cierpiące na anoreksję żarłoczno-wydalającą. Wszystkie pacjentki cierpiące na zaburzenia odżywiania i depresję oceniły negatywnie pozycję kobiet w swoich rodzinach. Na podstawie wyników można zaobserwować, że tak w anoreksji, jak i bulimii występują odmienne mechanizmy kulturowe (Pilecki, Józefik, Sałapa, 2012).

dzy rodzicami a dzieckiem oraz między samymi rodzicami, sztywność tych relacji, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów. W anoreksji problemem jest ponadto nadmierne uzależnienie, nadopiekuńczość, przez które dziecko nie może osiągnąć autonomii (Dobrzyńska, Rymaszewska, 2006; Tereno i in., 2007). Największe trudności sprawiają relacje z matkami, u których pojawia się lęk. Matki dziewcząt chorujących na anoreksję charakteryzowane są jako kobiety wymagające, nieustannie kontrolujące i niezaspokajające emocjonalnych potrzeb swoich córek (Józefik, Iniewicz, Ulańska, 2010). W związku z niezrozumieniem przemian w obszarze własnego ciała, których doświadczają, a które związane są z okresem dorastania, córki próbują tym przemianom się przeciwstawić przez kontrolowanie własnego ciała. Odchudzanie pozwala na uniknięcie konfliktów wewnętrznych związanych z dojrzewaniem. Reakcją na taką zmianę zachowania jest wzmocnienie kontroli. Matki nie pozwalają na rozwój zachowań, które mogłyby manifestować niezależność oraz samodzielność (Józefik, Iniewicz, Ulańska, 2010). Cechą charakterystyczną rodzin,

w których pojawia się anoreksja, jest rezygnacja z własnych potrzeb na rzecz innych członków rodziny oraz nadmierne aspiracje (Kędra, 2011).

W rodzinach osób cierpiących na bulimię często pojawiają się kłótnie, panuje chaos i wrogość. Członkom tych rodzin brakuje wsparcia oraz przekonania o własnej wartości i poczucia pewności siebie. W rodzinie takiej dominuje komunikacja nie wprost, nie przywiązuje się wagi do niezależności jednostki, panuje nerwowa atmosfera. Matki są agresywne i mają skłonność do depresji, a ojcowie są nerwowi i działają pod wpływem emocji oraz chwili (Pilska, Jeżewska, 2008). Osoby dotknięte bulimią charakteryzują się zaniedbaniem emocjonalnym obserwowanym już w dzieciństwie (Pilch i in., 2011). Nie zostają zaspokojone potrzeby miłości, zaufania czy wsparcia. Uczucia wyrażane przez dziecko spotykają się z ironią. Rodziny bulimiczne często dotknięte są alkoholizmem, otyłością czy też rozpadem wskutek separacji lub rozwodu. Na dzieciach spoczywa odpowiedzialność za rozwiązanie problemów oraz przetrwanie rodziny (Pilska, Jeżewska, 2008). W rozwoju zaburzeń bulimii istotną rolę może odegrać także występowanie w rodzinie chorób przewlekłych o niekorzystnych rokowaniach, na przykład stwardnienia rozsianego czy padaczki. Dodatkowo do powstania zaburzeń mogą przyczynić się sytuacje kryzysowe, takie jak: utrata ważnej osoby, żałoba, kłopoty finansowe (Józefik, Ulańska, 1999).

Po przedstawieniu uwarunkowań związanych z powstaniem i rozwojem zaburzeń odżywiania, jakimi są anoreksja i bulimia, czas na przedstawienie charakterystyki tych chorób w celu lepszego zrozumienia ich powagi oraz konsekwencji, jakie wywołują.

**Anoreksja psychiczna** (*anorexia nervosa*) – jadłowstręt psychiczny, patologiczny brak apetytu, z grec. *anorexia*: *an* – brak, pozbawienie; *orexis* – apetyt (Kopaliński, 2007).

Wyróżniamy dwa typy anoreksji (Stolarczyk, Leśkow, 2007):

- 1) Typ ograniczający, nazywany także restrykcyjnym (*restricting type*) – chory przyjmuje bardzo małe ilości pokarmu, nie podejmuje zachowań kompensacyjnych (prowokowania wymiotów, nadużywania leków przeczyszczających, moczopędnych lub wykonywania lewatyw).
- 2) Typ żarłoczno-wydalający (*binge eating/purging type*) – chory, pomimo restrykcyjnego ograniczania ilości przyjmowanego pokarmu, regularnie miewa okresy niekontrolowanego objadania się lub podejmowania zachowań kompensacyjnych.

Według szacunków anoreksja występuje u 0,5–1% populacji dziewcząt i młodych kobiet (Płaczek, 2007). Problem ten dotyczy najczęściej dziewcząt w wieku 14–20 lat. Znacznie rzadziej występuje u chłopców i u dojrzałych kobiet aż do okresu menopauzy (Stolarczyk, Leśkow, 2007).

W Lublinie przeprowadzono badania, których celem było oszacowanie skali i przejawów zachowań anorektycznych występujących w grupie gimnazjalistów i licealistów. W badaniach tych wzięło udział 2170 osób (1079 chłopców oraz 1091 dziewcząt) w wieku 13–19 lat. Uczestnicy stanowili 9% reprezentatywną próbę wszystkich uczniów klas licealnych i gimnazjalnych w Lublinie. Opracowano kwestionariusz zawierający 63 pytania, który posłużył do oceny skali zachowań anorektycznych. U 249 osób (11,4% badanych) zdiagnozowano niedobór masy ciała większy niż 15% masy należnej. Niedobór ten występował częściej u dziewcząt (169 osób) niż u chłopców (80 osób). W grupach tych zachowania anorektyczne zaobserwowano z kolei u 39 dziewcząt oraz u 3 chłopców, co stanowi 3,6% ogółu ankietowanych uczennic oraz 0,3% wszystkich badanych uczniów w wieku 13–19 lat uczęszczających do szkół gimnazjalnych i licealnych w Lublinie. Zakładając, że zachowania anorektyczne występują z podobnym nasileniem w innych regionach Polski, oszacowano, że tego typu zachowania mogą dotyczyć nawet 70–80 tysięcy osób w wieku 13–19 lat w skali kraju (Kołątaj, Kołątaj, Karwat, 2010).

**Bulimia psychiczna** (*bulimia nervosa*) – żarłoczność psychiczna, wilczy głód, z grec. *boulimia* – wielki głód: *bous* – wół, byk; *limós* – głód (Kopaliński, 2007).

Wyróżniamy dwa typy bulimii (Stolarczyk, Leśkow, 2007):

- 1) Typ przeczyszczający (*purging type*) – chory regularnie podejmuje zachowania kompensacyjne.
- 2) Typ nieprzeczyszczający (*non-purging type*) – chory zamiast stosowania środków farmakologicznych i wymuszania wymiotów podejmuje się ścisłej diety, nierzadko głodówki oraz intensywnie uprawia ćwiczenia fizyczne.

Według szacunków bulimia występuje u 1–3% populacji dziewcząt i młodych kobiet (Płaczek, 2007).

Anorektycy to osoby wrażliwe, inteligentne i introwertyczne. Są bardzo ambitni, mają duże aspiracje i dążą do doskonałości. Charakteryzuje je perfekcjonizm i obowiązkowość. Jednocześnie są to osoby, które nie wierzą w swoje umiejętności i chcą na każdym kroku udowodniać, że są najlepsze (Cassin, von Ranson, 2006). Osoby dotknięte bulimią charakteryzują się natomiast niestabilnością emocjonalną, zmiennymi nastrojami oraz impulsywnością. Ponadto często podejmują zachowania autoagresywne (samouszkodzenia, próby samobójcze), nierzadko także towarzyszą im uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych (Cassin, von Ranson, 2006).

**Objawy świadczące o anoreksji i bulimii manifestują się w sferze psychicznej, sposobie zachowania się oraz w sferze somatycznej.** Charakterystycznym symptomem w sferze psychicznej jest zniekształcenie postrzegania i samooceny własnego ciała. Osoby cierpiące na anoreksję mają obsesję na punkcie swojej wagi i kształtu ciała. Uważają, że są otyłe lub mają nadwagę, gdy w rzeczywistości mają albo prawidłową masę ciała, albo już niedowagę. Takie błędne przeświadczenie powoduje wystąpienie obniżonej samooceny. Anorektycy za wszelką cenę dążą do zmniejszenia wagi ciała i panicznie się boją, że mogą przytyć. Ten lęk jest charakterystyczny także dla osób cierpiących na bulimię. Anorektycy obsesyjnie dążą do kontrolowania własnego ciała i panowania nad nim. Dzięki temu w początkowej fazie choroby osoby czują niezależność i swoją siłę, co z kolei przekłada się na poczucie wartości. Z czasem pojawia się jednak frustracja, zniechęcenie, poczucie winy oraz nierzadko depresja. Wynikają one z niemożności osiągnięcia idealnej wagi i z przekonania o utracie panowania nad własnym ciałem (Namysłowska, Paszkiewicz, Siewierska, 2000). Anorektycy niechętnie jedzą w towarzystwie, nie przyjmują normalnych posiłków. W celu ukrycia swojego zachowania potajemnie chowają jedzenie lub je wyrzucają, kłamią, że jedli wcześniej. Często gotują dla najbliższych, aby zamaskować niechęć do jedzenia. Przed ważeniem albo piją duże ilości płynów, albo wkładają do ubrania ciężkie przedmioty.

U osób cierpiących na bulimię występuje niepoohamowane pragnienie jedzenia pojawiające się co pewien czas. Podczas takich napadów w krótkim czasie chorzy spożywają olbrzymie ilości wysokokalorycznych posiłków, jedząc szybko i prawie bez przeżuwania. W czasie ataku osoby chore mają poczucie braku kontroli nad swoim zachowaniem i nie mogą przerwać jedzenia. Najczęściej takie napady występują wówczas, gdy w domu nie ma nikogo. Objadanie się powoduje spadek napięcia psychicznego, ale jednocześnie wywołuje poczucie winy i niezadowolenia, co prowadzi do poczucia obniżonej wartości. Aby zapobiec przybraniu na wadze, zaraz po napadzie podejmowane są zachowania kompensacyjne, takie jak: prowokowanie wymiotów, przyjmowanie środków przeczyszczających lub moczopędnych, stosowanie lewatyw, podejmowanie ścisłej diety (nawet głodówki) oraz wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych. Konsekwencją podejmowania przez anorektyków i osób dotkniętych bulimią zachowań opisanych powyżej są zmiany somatyczne obserwowane w organizmie.

U anorektyczek na początku dochodzi do nieregularności cykli menstruacyjnych, które z czasem w ogóle zanikają. Jeżeli anoreksja wystąpiła przed okresem pokwitania, to dochodzi do opóźnienia lub zahamowania wzrostu, rozwoju piersi, pojawia się pierwotny brak miesiączki. W wyniku wychudzenia zapadają się oczy i policzki, wypadają włosy, łamią się paznokcie, pojawiają się problemy ze skórą, paradontoza i wiele innych zmian w różnych układach.

U osób cierpiących na bulimię dochodzi do zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej oraz czynności żołądka. Pojawiają się ponadto uszkodzenia gardła spowodowane prowokowaniem wymiotów, biegunki i zaparcia, bóle głowy (Namysłowska, Paszkiewicz, Siewierska, 2000).

**Kryteria diagnostyczne anoreksji psychicznej według ICD-10 i DSM-IV:**

- zmniejszenie wagi ciała lub brak przyrostu wagi (dotyczy dzieci) skutkujący 15-procentowym spadkiem wagi ciała w stosunku do odpowiedniej/prawidłowej dla danego wieku i wzrostu;
- lęk przed otyłością, unikanie kalorycznego jedzenia;
- zaburzona ocena własnego ciała;
- zaburzenia endokrynne objawiające się u kobiet w okresie dojrzałości płciowej zanikiem miesiączki, a u mężczyzn osłabieniem libido (Blikiewicz i in., 2002).

**Kryteria diagnostyczne bulimii psychicznej według ICD-10 i DSM-IV:**

- powtarzające się epizody gwałtownego objadania się – spożywanie dużej ilości pokarmu w stosunkowo krótkim czasie, brak kontroli nad jedzeniem;
- podejmowanie zachowań kompensacyjnych w celu uniknięcia przybrania na wadze;
- zniekształcona samoocena uwarunkowana obawą przed otyłością (Stolarczyk, Leśkow, 2007).

W wyniku nieprawidłowych zachowań żywieniowych podejmowanych przez osoby dotknięte anoreksją i bulimią dochodzi do zaburzenia funkcjonowania organizmu. Do powikłań występujących w anoreksji należą: zmiany skórne (trądzik, meszek na ciele), bladość, podkrążone i zapadnięte oczy, zapadnięte policzki, suche i łamiące się paznokcie oraz włosy. Oprócz tych z pozoru niegroźnych symptomów pojawiają się też bardzo poważne problemy związane z funkcjonowaniem poszczególnych układów. W obrębie układu krążenia dochodzi do: obniżenia ciśnienia krwi, zwolnienia tętna, powstania obrzęków stóp i dłoni, omdleń oraz zmniejszenia wydolności serca spowodowanej zwiotczeniem lewej komory serca. W układzie moczowo-płciowym pojawiają się następujące problemy: zaburzenie pracy nerek (odwodnienie, trudności koncentracji moczu), zaburzenia cykli menstruacyjnych lub zatrzymanie miesiączkowania u kobiet po okresie pokwitania, zmiany wielkości jajników i macicy. Dochodzi także do zaburzeń pracy układu pokarmowego: zaparc, biegunek wskutek nadużywania środków przeczyszczających, pojawiają się bóle brzucha. We krwi zmniejsza się liczba erytrocytów, co prowadzi do anemii, i leukocytów, przez co z kolei zmniejszona jest odporność organizmu. Można również zaobserwować zaburzenia elektrolitowe, hipotermię, zwiększoną łamliwość kości, zaburzenia na tle hormonalnym wskutek zmniejszonego metabolizmu, zawroty głowy, zmęczenie i bezsenność. Ponadto w odniesieniu do psychiki anorektycy stają się drażliwi, mają nastroje depresyjne, poczucie beznadziejności, a także

izolują się od otoczenia. Nieleczona lub przewlekła forma anoreksji może doprowadzić nawet do śmierci (Grochmal-Bach, Rorat, 2003).

Konsekwencje bulimii związane są głównie z podejmowanymi zachowaniami kompensacyjnymi. Ze strony układu krążenia obserwuje się: obrzęki kończyn dolnych, zaburzenia rytmu serca, obniżenie ciśnienia tętniczego. Praca nerek zostaje zakłócona – dochodzi do odwodnienia, a przy dłuższym trwaniu choroby do kamicy nerkowej. Zaburzona jest także praca układu pokarmowego – pojawiają się: biegunki, zaparcia, wzdęcia, występują bóle brzucha, zgaga oraz stany zapalne jelit. Występują również: skurcze łydek, duszności, omdlenia, zaburzenia gospodarki elektrolitowej, hipoglikemia. Uwidaczniają się ponadto fizyczne konsekwencje prowokowania wymiotów, takie jak: opuchnięcie twarzy spowodowane zapaleniem ślinianek, uszkodzenia gardła, chrypka, choroby dziąseł i zębów. Osoby cierpiące na bulimię borykają się także ze stanami lękowymi, nastrojami depresyjnymi i psychicznym uzależnieniem od środków przeczyszczających i odwadniających (Grochmal-Bach, Rorat, 2003).

Anoreksja i bulimia to choroby, które muszą być leczone przez specjalistów, a ze względu na swoją złożoność pacjenci muszą być pod opieką całego multidyscyplinarnego zespołu. Choroby te mają podłoże psychiczne, dlatego też wymagana jest pomoc psychiatry i/lub psychologa. Psychiatra diagnozuje chorobę, opierając się na przeprowadzonym z pacjentem wywiadzie klinicznym oraz na kryteriach diagnostycznych, udziela informacji dotyczących choroby oraz możliwości leczenia. Może zalecić zastosowanie środków farmakologicznych, które pomogą zmniejszyć napięcie emocjonalne i lęk towarzyszący osobom chorym. Zadaniem psychoterapeuty jest z kolei poprawa samopoczucia chorego oraz jego relacji z najbliższymi i otoczeniem. Konieczna jest zarówno zmiana zaburzonego obrazu własnego ciała oraz swojej osoby, jak i wzbudzenie przekonania o własnej skuteczności. Oprócz zmian w psychice dochodzi także do zmian somatycznych, które z kolei wymagają interwencji lekarza internisty oraz innych specjalistów. Niezbędny jest także udział dietetyka, który pomoże nauczyć prawidłowych nawyków żywieniowych, bez czego niemożliwe będzie zapewnienie prawidłowego funkcjonowania organizmu (Józefik, Wolska, 2009).

Leczenie tych zaburzeń odbywa się zwykle w trybie ambulatoryjnym, ale może być także konieczne leczenie w trybie stacjonarnym. Wskazaniem do takiego leczenia mogą być między innymi: zagrożenie życia pacjenta spowodowane nasilonymi objawami somatycznymi, konieczność zastosowania intensywnej terapii medycznej, myśli samobójcze czy też niepowodzenie leczenia w trybie ambulatoryjnym (Józefik, Wolska, 2009).



## Bibliografia

- Blikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J. i in. (2002), *Psychiatria*, Wrocław, Wydawnictwo Urban & Partner.
- Cassin E., von Ranson M. (2006), *Personality and eating disorders a decade in review*, „Clinical Psychology Review”, 7, s. 895–916.
- Dobrzyńska E., Rymaszewska J. (2006), *Jadłowstręt psychiczny – ciągle wyzwanie dla współczesnej medycyny*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej”, 6(4), s. 165–171.
- Grochmal-Bach B., Rorat M. (2003), *Zaburzenia odżywiania się. Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne*, Rzeszów, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Oddział Wojewódzki Rzeszów.
- Jablow M. (2003), *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Józefik B., Iniewicz G., Ulańska R. (2010), *Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej*, „Psychiatria Polska”, XLIV(5), s. 665–676.
- Józefik B., Ulańska R. (1999), *Czynniki rodzinne w rozumieniu bulimii psychicznej*, „Psychoterapia”, 1, s. 71–77.
- Józefik B., Wolska M. (2009), *Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży*, Warszawa, Hachette Polska.
- Kędra E. (2011), *Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 2, s. 169–175.
- Kołątaj B., Kołątaj W., Karwat I. (2010), *Problem zachowań anorektycznych wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej Lublina*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 3, s. 393–399.
- Kopaliński W. (2007), *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza RYTM.
- Latański M., Skórzyńska H., Pawłowska B. i in. (2004), *Wiek a zaburzenia odżywiania u kobiet*, „Zdrowie Publiczne”, 2, s. 141–144.
- Lipczyńska S. (2007), *Discovering the cult of Ana and Mia: A review of pro-anorexia websites*, „Journal of Mental Health”, 16, s. 545–548.
- Namysłowska I., Paszkiewicz A., Siewierska A. (2000), *Gdy odchudzanie jest chorobą*, Warszawa, Wydawnictwo Intra.
- Pilch W., Janiszewska R., Makuch R. i in. (2011), *Racjonalne odżywianie i jego wpływ na zdrowie*, „Hygeia Public Health”, 2, s. 244–248.
- Pilecki M., Józefik B., Sałapa K. (2012), *Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się – badania własne*, „Psychiatria Polska”, XLVI(2), s. 189–200.
- Pilska M., Jeżewska M. (2008), *Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia*, Warszawa, Wydawnictwo SGGW.
- Plezia G., Jastrzębska J. (red.) (2007), *Zaburzenia odżywiania się. Wybór zagadnień*, publikacja pokonferencyjna, Warszawa.
- Płaczek J. (2007), *Epidemiologia zaburzeń odżywiania [w:] Zaburzenia odżywiania się. Wybór zagadnień*, red. G. Plezia, J. Jastrzębska, publikacja pokonferencyjna, Warszawa.
- Rajewski A., Rajewska-Rager A. (2009), *Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 4, s. 931–937.

- Rodgers R., Chabrol H. (2009), *Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review*, „European Eating Disorders Review”, 17, s. 137–151.
- Stolarczyk A., Leśkow A. (2007), *Klasyfikacja zaburzeń odżywiania według DSM-IV i ICD-10, kryteria diagnozowania anoreksji i bulimii* [w:] *Zaburzenia odżywiania się. Wybór zagadnień*, red. G. Plezia, J. Jastrzębska, publikacja pokonferencyjna, Warszawa.
- Śmiarowska M., Kamiński R., Mikołajczyk E. i in. (2006), *Social and environmental factors on behaviour and severity of disturbances in patients with anorexia nervosa – preliminary study*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, 1, s. 89–95.
- Tereno S., Soares I., Martins C. i in. (2007), *Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists*, „European Eating Disorders Review”, 16, s. 49–58.
- Zgorzalewicz-Stachowiak M., Peretiatkowicz A., Bartkowiak Z. (2011), *Neurofizjologiczna ocena funkcji poznawczych u chorych na jadłowstręt psychiczny – doniesienia wstępne*, „Przegląd Lekarski”, 68, s. 3.